

## 「重度かつ継続」に関する意見書

(ふりがな) 受診者氏名		明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)	男・女
住 所			

主たる精神障害 (ICD-10 に準じ該当する番号に をつけ又は記載すること。)

症状性を含む器質性精神障害 (F0)

精神作用物質使用による精神及び行動の障害 (F1)

統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 (F2)

気分障害 (F3)

てんかん (G40)

その他： ICD 加コリ ( )

治療方針 (薬物療法・精神療法等) 等

--

主たる精神障害が上記 の場合のみ下記についても記載すること

医師の略歴	精神保健指定医	3年以上精神医療に従事した経験がある
-------	---------	--------------------

年 月 日

医療機関所在地  
名 称  
電 話 番 号

診療担当科名  
医 師 氏 名 ( 自署又は記名押印 )